SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, queda abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 9 minutos.)

-La Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores tiene el gusto de recibir, en representación de la Dirección Nacional de Aduanas, a la doctora Mery Vodvarka y al Gerente del Área Gestión Operativa Aduanera, señor Andrés Méndez.

De acuerdo con la información que recibieron, esta Comisión les ha cursado una invitación para concurrir a los efectos de que expongan su opinión acerca del proyecto de ley que tenemos a estudio, relativo a la prohibición total de la publicidad de productos que contienen tabaco. Actualmente esa publicidad está presente en los quioscos de expendio de estos productos, tanto en el interior como en el exterior de los locales.

Quiero aclarar que hemos recibido a distintas delegaciones que nos han planteado el hecho de que prohibir completamente la publicidad de productos que contienen tabaco va a conducir a la proliferación de tabaco y de cigarrillos de contrabando; por supuesto que ellos tienen sus razones para opinar así. Fue por eso que surgió el tema de los cigarrillos de contrabando y de qué se está haciendo por parte de la Dirección Nacional de Aduanas y de la Dirección General Impositiva.

En definitiva, ese es el motivo por el cual los hemos invitado: queríamos recibir información acerca de qué es lo que está sucediendo con el contrabando de tabaco.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Ante todo, agradezco a los invitados que hayan concurrido.

Obviamente, acá todos somos conscientes de que fumar es perjudicial para la salud, más allá de que algunos lo hemos hecho con gran placer y regocijo. Sin embargo, tenemos discrepancias en algunos puntos, especialmente en cuanto a la prohibición de la exhibición, que figura en el último inciso de uno de los artículos. Me parece que esa prohibición es inconstitucional, pues va contra la libertad de comercio, etcétera, aunque estos son temas que quizá no entran dentro de la canasta de asuntos que ustedes manejan.

Hemos recibido a varias delegaciones -y puedo decir que uno aprende mucho escuchando las distintas posiciones y viendo los diferentes aspectos- y se nos habló de los cigarrillos que vienen de contrabando. Creo que fue la delegación de quiosqueros la que nos comentó acerca de un análisis que se mandó a hacer en Argentina -no sé si nos lo han remitido- sobre el contenido del supuesto tabaco de los cigarrillos, y parece que el resultado fue «que había hasta rastros de tabaco», además de todo lo que se les pueda ocurrir. Por ende, como estamos en el tema salud, el cigarrillo de contrabando no solamente perjudica al fisco, sino a los fumadores aun más que el propio cigarrillo de tabaco.

No soy un fundamentalista en nada; creo que la gente debe tener libertad de fumar. Considero que es un error que no haya locales donde se pueda fumar, porque en esa decisión se manifiesta el ejercicio de la libertad, si bien ese no es un tema que competa en este momento. Sabiendo que una elevación de impuestos siempre redunda en un aumento de la cantidad de tabaco que se compra de contrabando, y teniendo la convicción de que, como en todas las cosas, hay que establecer un equilibrio, me pregunto hasta dónde podemos forzar a la gente a consumir una cosa doblemente malsana -porque la gente que quiera fumar, va a fumar ya que, reitero, eso también es ejercicio de la libertad- en lugar de fumar algo menos malo. Por ejemplo, si una cajilla de cigarrillos que viene de contrabando vale $ 30 y la legal cuesta $ 70 u $ 80, es evidente que estamos empujando a la gente a elegir la primera.

Entonces, me interesa tener una estimación, en la medida de lo posible, de la pérdida fiscal que provoca el contrabando. Repito que se trata de una estimación; no estoy pidiendo que se dé una cifra con un 0 % de error. Me interesa ese dato porque nosotros miramos las cosas en un bloque.

Reiterero: no sé si recibimos el informe que la delegación de quiosqueros había prometido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Todavía no llegó. Lo hemos pedido y quedaron en que lo van a enviar, pero todavía no ha llegado.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Gracias, señor Presidente.

SEÑORA VODVARKA.- Mi nombre es Mery Vodvarka y soy médica cardióloga. Si bien trabajo en la Dirección Nacional de Aduanas, puedo referirme estrictamente a la parte médica y no a la fiscal. Es por eso que me acompaña el señor Andrés Méndez para hablar de ese tema.

En lo personal, me parece importante resaltar que está demostrado que la publicidad del tabaco es uno de los factores que aumenta su consumo, y eso lo veo diariamente en los pacientes. Además, he hecho cursos para ayudar a la Sociedad Uruguaya de Tabacología y los pacientes me comentan, precisamente, que si ven el cigarrillo en la góndola, lo compran. Esa exhibición aumenta el consumo para los que fuman; los que quieren dejar de fumar siguen, y aquel que dejó, retoma el hábito. Nuestro país es el número uno en cáncer de pulmón en el hombre, en enfermedad pulmonar obstructiva crónica y también es enorme la cantidad de enfermedades cardiovasculares que se presentan por este tema.

Por otra parte, quiero destacar que, a mi criterio, la educación es fundamental en este problema, ya que es lo que está fallando. Muchas veces a los niños se les enseña que el cigarrillo es malo, trasmiten eso a sus padres y, como estos siguen fumando, al llegar a la adolescencia ellos también se inician en el consumo de tabaco. Por eso, reitero, me parece que es muy importante la educación en esta materia.

SEÑOR MÉNDEZ.- En primer lugar, quiero informar que soy Gerente del Área Operativa de la Dirección Nacional de Aduanas.

Con respecto al tema de la publicidad, desde el punto de vista personal y no tanto desde el de Gerente de la Dirección General de Aduanas, quiero decir que la propaganda, cuando se hace, apunta tanto al tabaco ilegal como al legal. Lo que hace la diferencia es el precio, pero ese aspecto surge después de la publicidad del producto.

En cuanto a lo que estamos haciendo para combatir el contrabando de cigarrillos, hemos llevado a cabo algunos operativos en función de cierta información que manejamos y que dieron resultados exitosos.

Por otra parte, hemos aplicado algunas políticas restrictivas, como por ejemplo la del cero kilo en los puentes del litoral, que han traído aparejada una disminución del contrabando de cigarros y tabaco. Esa política resultó en muchos procedimientos de contrabando hormiga, pero no de gran volumen. El año pasado en la Aduana incautamos más de US$ 700.000 en cigarros de contrabando.

En cuanto a la pregunta del señor Senador Lacalle Herrera, debo decir que lo que lleva a un mayor consumo de cigarro ilegal es, justamente, la diferencia de precio, que resulta ser la mejor propaganda.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Me interesa lo relativo a la pérdida fiscal.

SEÑOR MÉNDEZ.- En realidad, no podemos cuantificar la pérdida fiscal, más que a partir de lo que incautamos, ya que lo que no incautamos no lo tenemos cuantificado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero recordar que los representantes de la Dirección General Impositiva van a venir a esta Comisión el próximo martes. Según nos dijeron, están reuniendo información y por eso

solicitaron más tiempo. Hago esta aclaración porque lo relativo a la pérdida fiscal le compete a esa Dirección y no a la de Aduanas.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Todos quienes están en esta cruzada tan fuerte contra el tabaco, que en nuestro país ha tenido un carácter tan importante a nivel nacional, deben tener una estimación de cuánta gente fuma, incluso a través de alguna encuesta, ya que no creo que alguien tenga inconvenientes en decir que fuma. Podría ser que hubiera una especie de penalización social sobre el fumador, pero creo que no hemos llegado a lo que ocurre en otras partes del mundo donde se agrede a quien prende un cigarrillo porque hay un fundamentalismo terrible. Concretamente, quiero saber si hay un número estimado de personas que fuman; con seguridad, el señor Senador Gallo, como médico, debe conocer esa información. Si sabemos cuántos son los fumadores, calculando un consumo de una cajilla por día, podemos hacer, aunque más no sea, una especie de regla de tres, a los efectos de tener una idea de lo que se puede estar perdiendo. En lo personal, creo que debe haber una estimación del número de fumadores y que seguramente existen encuestas sobre ese tema.

SEÑOR GALLO.- Existen estudios estadísticos sobre ese tema y es lógico que un país que desarrolla un programa tan importante en esa materia debe hacerlo sobre determinados fundamentos. En relación al consumo de tabaco se hicieron estudios de prevalencia que indicaban un porcentaje de 35%. Ahora bien; transcurridos cuatro o cinco años se hizo un nuevo estudio que mostró que el consumo había bajado 10 o 15 puntos -no recuerdo con exactitud los índices-, lo cual significa que la puesta en marcha de las políticas viene dando resultados. Todo eso se está evaluando.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Se puede saber cuánto es el porcentaje de consumo legal.

SEÑOR GALLO.- Con respecto a otro tema, quiero decir lo siguiente.

Me parece que la visita de la delegación de la Dirección Nacional de Aduanas es importante porque nos permite tener la debida información sobre un aspecto muy puntual, relacionado con esta política: hay quienes dicen que el hecho de tomar determinadas acciones en esta materia lleva a que, en definitiva, aumente el tabaco de contrabando. Estos argumentos son rebatibles. Al menos en lo personal no creo que la supresión total de la publicidad redunde en un aumento del consumo de tabaco de contrabando.

Como bien dijo el señor Méndez al comienzo de su exposición, la cuestión de la publicidad tiene que ver con la generalidad del consumo. Ahora bien; lo que interesa es que, sea cual fuere la causa, realmente existe un contrabando de tabaco muy importante; por eso me gustaría conocer cuáles son los programas y las acciones que la Aduana viene llevando adelante en la materia. Este es un tema viejo y, ciertamente, grave. A uno le da la impresión de que los resultados que se obtienen no son en verdad efectivos, pues se plantea el hecho de que el consumo es cada vez mayor, lo cual probablemente pueda estar vinculado al tema del precio, que tiene su influencia. Hay, pues, un hecho concreto, y la Aduana es el organismo de contralor; por lo tanto, a mí me gustaría saber cuáles son las acciones que se han venido instrumentando y cuáles los resultados obtenidos. Escuché con atención lo que se dijo en términos generales sobre el problema, pero quisiera tener información más precisa respecto a cuáles son las acciones y, si no hay resultados, saber por qué no los hay.

SEÑOR MÉNDEZ.- Estamos cambiando el perfil de los controles de vigilancia que son los que, en definitiva, llevarán a reprimir todas las clases de contrabando. En ese marco, ayer inauguramos cuatro sedes regionales de vigilancia móvil -ubicadas en Rocha, Salto, Dolores y Tranqueras- dedicadas a controlar las rutas. La idea es que haya mayor presencia aduanera y mayor eficacia en este tipo de controles. Cabe aclarar que esto no está direccionado específicamente hacia el tema del contrabando de cigarros, sino que se enmarca en una nueva estrategia que la Dirección Nacional de Aduanas ha venido diseñando desde hace tiempo. Esperamos que nos dé mejores resultados.

Con respecto al tema del contrabando, específicamente, hemos llevado a cabo varias acciones puntuales. El año pasado, por ejemplo, hicimos un par de operativos en la frontera norte con Brasil, los cuales arrojaron personas detenidas. En otros casos hemos manejado informaciones que finalmente se tradujeron en resultados infructuosos, o no de fuste. Eso es lo que tenemos en cuanto a

política, como estrategia para obtener mejores resultados que, según ha dicho el señor Senador, son magros.

SEÑOR GALLO.- Hay un hecho evidente: hay lugares de venta de cigarrillos de contrabando, que están a la vista de todo el mundo. Entonces, además del control que se hace en la entrada y en la circulación de los productos de contrabando, ¿se considera que hay que actuar en las bocas de salida? ¿Hay un programa para actuar ahí, o la práctica de la que hablamos se hace en forma libre, prácticamente sin control?

SEÑOR MÉNDEZ.- Específicamente para eso no tenemos ningún programa. La estrategia es evitar el ingreso, allí donde vienen los mayoristas; es ahí donde podemos concentrar los recursos. No nos sirve correr detrás de un quiosquero que vende uno o dos cartones, porque eso insumiría muchísimos recursos que, por otra parte, no tenemos. Podríamos pasar días y días en las camionetas, vigilando, para juntar dos bolsas con cigarros. Por eso, la estrategia diseñada es otra.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- ¡Cuán paradojal es la situación! Consideremos el total de fumadores, esto es, tanto los que adquieren los cigarrillos de contrabando como los que lo hacen por la vía legal; sabemos que lo que induce a fumar los cigarrillos de contrabando es que, *a grosso modo,* cuestan la mitad que los otros, y eso no hay nadie que lo resista. No olvidemos que nuestro país, con las fronteras permeables, toda la vida ha sido un lugar en el que adelantamos el Mercosur. Las fronteras siempre fueron muy lábiles, muy abiertas. Cuando aquí algo cuesta el doble, realmente se hace muy difícil ir por el camino legal. Hay que ver cuál sería el punto de equilibrio -aunque quizás este no sea el término apropiado- en el precio, por el cual la gente considerara que por $ 5 o por $ 10 no le vale la pena pasarse al de contrabando.

Y respecto a estas leyes se agrega algo que es un poco irónico: sería mucho mejor que todos fumaran el cigarrillo fabricado en el país y como Dios manda, porque es mejor, porque da trabajo a la gente y porque genera impuestos. Diga que -por suerte- las leyes no pueden decretar las conductas de los hombres -si no, sería muy fácil cambiar la naturaleza humana-, pero si a todos los que están fumando -cuyo número va a ir disminuyendo, por la información, por la cultura, etcétera- pudiéramos decir: «¡Fúmese todo lo que se quiera!», sería estupendo que fumaran cigarrillos nacionales, porque eso representaría más trabajo, más recaudación y más salud. Fíjense si será pintoresca la vuelta que puede llegar a tener este episodio si se llega a confirmar que lo que tiene el tabaco de contrabando es, por ejemplo -y por decir algo-, barba de choclo, aunque esto lo hemos fumado varios de nosotros, de chicos, cuando hacíamos los primeros cigarros. Si será interesante el tema de las leyes y, concretamente, el efecto que puede tener el aumento de los impuestos, en busca de castigar y hacer al producto más costoso. El que tiene el vicio -y la adicción-, difícilmente lo deja. En lo personal, estuve 26 años sin fumar, y una mañana, estando en Madrid, compré los diarios y, de repente, dije: «¡Cigarrillos!»; fui a la esquina y compré «Ducados», que son negros, fuertes, tal como me gustan. Es decir que 26 años después de haber abandonado el hábito, me volvieron las ganas de fumar de nuevo. Por tanto, uno comprende y se da cuenta de lo tremendo que es ese impulso. Ahora bien; sería mejor que todos fumaran productos nacionales -sujetos a impuestos- y de mejor calidad, pero para eso habría que bajar los impuestos; así recaudaríamos más.

En fin, habría que empezar a buscar equilibrios en los que se tomara en cuenta todo: primero, la salud, porque siempre es mejor fumar algo que sea de la mejor calidad; segundo, el Fisco, y, tercero, el trabajo que podría generarse en las tabacaleras, las cuales hoy están a punto de cerrar; si no me equivoco, quedan una o dos. Trabajar en una tabacalera es una manera sana de ganarse la vida. ¿Cuál es el problema? No podemos decirles a esos trabajadores que son poco menos que demonios porque se ganan la vida en una fábrica de cigarrillos. Ese es un trabajo como cualquier otro.

Esta ha sido la reflexión que me cabe a mí, y no voy a hablar más por hoy, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Nuestros invitados tienen más información para dejarnos?

SEÑOR MÉNDEZ.- Sí, señor Presidente, les dejamos los resultados sobre el tráfico ilícito en el país durante el año 2013.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muy bien.

Les agradecemos mucho su presencia en la tarde de hoy.

(Se retiran de Sala los representantes de la Dirección Nacional de Aduanas.)

(Ingresan a Sala representantes del Sindicato Anestésico Quirúrgico.)

-La Comisión de Salud Pública tiene mucho gusto en recibir a la delegación del Sindicato Anestésico Quirúrgico.

En este momento estamos considerando un proyecto de ley por el que se propone modificar el Sistema Nacional de Residencias Médicas. En este marco, ya hemos recibido al Ministerio de Salud Pública, a la Facultad de Medicina, al Colegio Médico y a todos los que han participado, de alguna manera, en la idea y en la búsqueda de modificar dicho sistema.

Les ofrecemos la palabra para que expresen lo que les parezca adecuado sobre la iniciativa que está a consideración.

SEÑOR DIAMANT.- Mi nombre es Marcelo Diamant. Soy el Presidente de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Vascular y Endovascular, e integro la Mesa del Sindicato Anestésico Quirúrgico.

El tema de las residencias médicas es algo muy allegado a los cirujanos y a todas las especialidades anestésicas quirúrgicas porque fue precisamente con los cirujanos que empezó este sistema; por eso tenemos un profundo conocimiento de todo lo que está vinculado a él.

En los últimos años ha habido una serie de proyectos de cambios de la Ley de Residencias y, finalmente, llegó una iniciativa al Parlamento. Nosotros hemos seguido muy de cerca este proceso. Hubo un proyecto anterior que proponía prolongar los cargos después de terminada la residencia y cargos en las mutualistas luego de finalizada. También se proponía que el concurso dejara de ser solamente de oposición y pasara a ser de oposición y méritos, tomando como mérito el haber sido médico rural. Todo esto, a partir de nuestra participación y la de otros colegas, se fue limando, y en los hechos el proyecto actual ha dejado varios puntos polémicos por el camino.

Sin embargo, el proyecto actual para nosotros ofrece significativos reparos.

En primer lugar, hay que partir de la realidad de nuestro país. El Uruguay tiene un número de médicos muy importante. Somos el segundo país de América en cantidad de médicos, después de Cuba, y el número 17 en el mundo, con un número mayor que Francia, España, Japón, etcétera. Más adelante otros compañeros se van a explayar sobre este punto. En 1998, el 67% de los médicos eran especialistas; en 1999, según una encuesta del SMU, eran el 69%, y en el año 2004, ya eran el 74%. El número de residentes ha aumentado notablemente en los últimos años -quizás los señores Senadores no lo saben- y hoy llega a casi 1.000. A partir del año 2009 hubo un aumento exponencial del número de residentes. De manera que es dable pensar que hoy en el Uruguay, si bien no hay estadísticas actuales, los médicos con especialidad superan el 85% del total. Es decir que la primera duda es si realmente en Uruguay hay pocos especialistas.

Uno de los problemas que se plantea en la exposición de motivos es la falta de especialistas en el medio rural y en el interior, pero esto parecería concatenarse con una escasez de especialistas. Nuestra visión es que esto no es así, sino que es un problema de gestión y de distribución. Por

ejemplo, en la especialidad que yo desarrollo, cirugía vascular, en el mundo se acepta que tiene que haber un cirujano vascular cada 80.000 a 100.000 habitantes, y en el Uruguay hay un cirujano vascular cada 55.000 habitantes. Quizás estén mal distribuidos, y entonces es un problema de gestión.

De manera que el primer punto a destacar es que, desde nuestra óptica, no hay un exceso de especialistas y la ley apunta a aumentar el número, lo que sería muy difícil, incluso si tomamos en cuenta la cantidad de médicos que se reciben. El año pasado se recibieron 350 médicos y en el llamado a residencias hubo 280 cargos, de los que se ocuparon 254. Vale decir que hay una proporción muy alta en el llamado a cargos de especialistas en función de los médicos que se reciben.

El segundo punto, que es muy importante, es el cambio en la conformación de la Comisión de Residencias Médicas. Independientemente de quiénes son los actuales integrantes, la nueva ley marca algo que es fundamental, y creo que tenemos que poner un especial acento en esto: cambia la correlación de fuerzas en la Comisión de Residencias Médicas. Deja de ser de dominio universitario para pasar a ser de dominio político, porque si bien -y esto es muy importante- se destaca, a lo largo del proyecto de ley, la jefatura académica de la Escuela de Graduados, esto es irreal. La Comisión tiene seis miembros; dos de ellos son delegados del Poder Ejecutivo, uno es de los prestadores -que, por el peso específico, va a ser de ASSE- y el Presidente de la Comisión, que es delegado del Ministerio, tiene voto doble. A su vez, las muchas atribuciones que tiene la Comisión -y que luego los compañeros van a resaltar-,son previas a una eventual jefatura académica, porque la mayoría real de esta nueva Comisión pasa al poder político, que va a resolver sobre temas que son eminentemente técnicas, como número, perfil, características de los residentes, etcétera. Los otros tres miembros son: un delegado de la Facultad, uno de la Escuela de Graduados y uno de los residentes. Es decir que si hay acuerdo pueden llegar a tres votos y el Poder Ejecutivo tiene cuatro. Esto es muy importante, porque este es, a nuestro criterio, uno de los puntos fundamentales de este proyecto de ley, y además se establece en la exposición de motivos. El objetivo es reposicionar al Ministerio de Salud Pública en la formación de residentes, en algo que es estrictamente técnico.

Entonces, a modo de introducción terminaría diciendo -para que otros compañeros puedan hacer uso de la palabra- que es un tema complejísimo que conocemos con profundidad y que por lo tanto podemos extendernos en nuestra exposición el tiempo que nos brinden. Insisto: en el Uruguay no hay déficit de médicos ni de residentes; hasta ahora los residentes se forman en ámbitos universitarios y este proyecto de ley propone salir de la Universidad alejándose de las estructuras académicas. Este es el resultado verdadero porque todo lo otro es muy difícil de instrumentar ya que ni siquiera hay números. Se trata de un cambio respecto a quién va a dominar todos los temas de residencia, pasando de la Academia, de la autonomía de la Universidad, al Poder Ejecutivo, que como todos sabemos es cambiante.

Esta es una breve introducción referida a nuestra posición sobre esta iniciativa.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Mi nombre es José Luis Rodríguez, integro el Sindicato Anestésico Quirúrgico -como bien ha dicho el señor Presidente- y por excelencia soy formador de recursos humanos porque soy Grado 5 de la Facultad de Medicina; tengo una clínica quirúrgica a mi cargo.

Desde que nacieron las especialidades médicas estuvieron a cargo de la Facultad de Medicina. Voy a hacer hincapié y dar algunos datos un poco más precisos sobre lo que globalmente acaba de mencionar el doctor Diamant, aparte de plantear algunas preocupaciones.

Nuestra preocupación fundamental es la calidad de la atención de la comunidad. Esto tiene que estar en la mente de cualquier médico y más aun si es formador de recursos humanos. Es obvio que la calidad de la atención depende de la formación de los técnicos o sea que si no tienen la capacidad suficiente, la calidad de la atención va a ser horrible y cada vez peor.

Otra de las preocupaciones refiere al tema -que no es menor- de velar por los especialistas que se forman -son muchos- para que luego puedan vivir de lo que hacen, porque no es honesto ni ético formarlos para que luego trabajen de taximetristas. Esto es clarísimo. Este proyecto de ley fue

pensado sobre la base de la calidad de la atención de la comunidad, a cómo se forman los especialistas y a la posibilidad de trabajo.

A su vez, esta iniciativa identifica muy mal -quizás por ignorancia o quizá no- el problema de la carencia de especialistas, lo que ya fue esbozado por el doctor Diamant. Voy a dar algunos datos sobre la base de cada mil habitantes. No he contado cuántos países hay en el mundo pero son más de quinientos y nosotros estamos en el lugar 17. Uruguay tiene 3,74 médicos cada mil habitantes; España, 3,65; Inglaterra, 3,62; Alemania 3,53; Francia, 3,50; Italia, 3,49; Dinamarca, 3,41; Estados Unidos, 2,42, es decir, un 35 % menos; Japón, 2,14, o sea un 42% menos; todos países desarrollados. Entonces, decir que acá faltan médicos, me parece una conclusión un poco absurda.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Se trata de países desarrollados y longevos.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Además, tal como decía el doctor Diamant, más del 80 % son especialistas. Entonces, si concluimos que en Uruguay faltan especialistas, la salud mundial está espantosa. ¿No? Si acá faltan especialistas tendríamos que mudarnos al planeta Marte para que alguien nos atendiera bien. Sí dice muy bien la exposición de motivos que quizás falten especialistas en las zonas suburbanas y rurales. Pero ¿alguien piensa que 1:500.000 de personas puede ser atendida en el interior por el 25% de los médicos y que el otro 1:500.000 sea atendido en Montevideo con el 75% de los médicos? No, hay un tema de mala gestión y mala distribución.

En cualquier escuela del país -diría Sonsol- se entendería que a la mitad de la población la tendría que atender la mitad de los médicos y a la otra mitad los restantes; es decir, esa relación no puede ser una cuarta parte y tres cuartas partes. Eso ya es una identificación errónea, pues es clarísimo que especialistas no faltan. En cuanto a mi especialidad, que es cirujano general, la recomendación mundial es que debe haber un cirujano -dependiendo esto del tipo de población, es decir si es más joven o más vieja- cada 7.000 a 10.000 habitantes. En Uruguay hay un cirujano general cada 9.400 habitantes, o sea que estamos más cerca del número mayor de cirujanos sugeridos, que del menor. Todos los que estamos aquí presentes tenemos una particularidad, pues para ejercer nuestra profesión se necesita un número de procedimientos mínimo para aprenderla y un número de procedimientos mínimo para mantener la experticia, pues sucede como en el caso del pianista, que si no toca pierde la habilidad.

Entonces, si tenemos una cantidad adecuada de cirujanos vasculares y generales, para una población que ni siquiera tiene crecimiento vegetativo no es honesto ni ético formar más especialistas para que cada uno de ellos tenga menos experticia, menos formación técnica, menos conservación de su técnica y que, por lo tanto, la calidad de la atención vaya en picada. De eso no cabe la menor duda, sobre todo en nuestras especialidades. Quizás suceda distinto en el caso de un médico, pues ante una enfermedad médica pueden ver a la persona 14 médicos. En nuestro caso hay una técnica que aprender, pues los anestésico quirúrgicos tienen dos carreras para hacer: la común a todos los médicos, y la técnica que también tienen que aprender. Por eso nos preocupa tanto el tema.

He traído una gráfica sobre la tendencia de formación de médicos, en la que podemos observar que la pendiente es asombrosa, pues no tiene bajada ni cadencia. Entonces, ¿pretendemos seguir formando más especialistas, tal como dice erróneamente este proyecto de ley, a pesar de que somos el país número 17 en el mundo? No hay carencia de especialistas; hay mala gestión y mala distribución. A su vez FEMI no tenía carencia de especialistas. A veces uno escucha casos que refieren a la madre de fulano o al hijo de mengano y de que se murió, pero todos son casos que se han dado en hospitales de ASSE; recordemos lo que sucedió en el Hospital de Paso de los Toros. En realidad, quien tiene carencia de especialistas es ASSE y esto ocurre no solo en el interior y en las zonas suburbanas, sino también en Montevideo. ¿Por qué? Por una sencilla razón: porque no ofrece los incentivos necesarios para que la gente opte por trabajar en sus hospitales. A igualdad de tareas el profesional prefiere trabajar en un lugar donde trabaja y gana mejor. Distinto sería si ASSE diera incentivos suficientes para radicarse en el interior o para que el médico opte desempeñar su profesión en el Hospital Maciel y no, por ejemplo, en la Médica Uruguaya. Se trata, entonces, de un tema de incentivos y no de creación y saturación de residentes.

Otro tema es el de la mano de obra barata….

SEÑOR LACALLE HERRERA.- ¿Cuál es la diferencia de salario?

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Es clarísimo: para igual tarea ASSE paga la tercera o cuarta parte; fundamentalmente en lo que hacemos nosotros. De pronto la hora de estar sentado mirando televisión se pague un poco más, pero en lo que refiere a nuestra tarea propiamente dicha paga la tercera parte. ¿Quién va a elegir ganar tres o cuatro veces menos, trabajar en peores condiciones y ni siquiera poder comer en los hospitales de ASSE, porque hay que comer fuera? No se trata de inundar la plaza de especialistas. Planteo esto porque, aplicando una ley económica muy sencilla, si se aumenta la oferta sobre una población que no crece, cada especialista va a tener menos experiencia, menos posibilidades para trabajar y, por supuesto, va a ganar menos. Eso parecería bastante demostrable ante cualquier auditorio ya que están los números.

Entonces, enrabo la segunda parte. ¿Y cómo hacemos esto? Quiero referirme a los que tienen el *expertise* técnico. Por ejemplo, para formarse, un cirujano -esto figura en cualquier trabajo extranjero, e inclusive en los nacionales- necesita un mínimo de 250 cirugías por año. Y para mantener su *expertise* es exactamente igual. Estamos hablando de la cirugía general. Si actualmente hay un número más o menos adecuado de cirujanos y duplicamos esa cantidad, sin duda se van a generar problemas. Esto es así porque se ejerce un acto sobre una sola persona, y ese acto no puede repetirse: no se puede operar dos veces de la vesícula a un paciente, ni tampoco sacarle dos veces el apéndice. Por tanto, es clarísimo que tiene que haber un número adecuado, que lo determina lo técnico-académico no lo político. Eso es algo obvio. Pero, además, considero que es ceguera política porque en estos casos, donde se necesita una técnica, por más que quieran doblar el número para obtener los especialistas de que carecen, los pacientes se van a morir y la atención va a ser horrible porque no van a lograr el *expertise* suficiente.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Es más caro que triplicar el sueldo.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- ¡Por supuesto! De eso no cabe la menor duda. Además hay que tener en cuenta los gastos de formación de un nuevo médico, que son enormes. Reitero: son enormes.

Entonces, ¿cómo hacemos esto? Como sin duda la Academia va a oponerse, modifiquemos la integración de la Comisión Técnica de Residencias Médicas, que hoy no tiene mayoría del poder político sino del sector académico, como realmente tiene que ser. Es el sector académico el que sabe cuántos procedimientos se necesitan para ser neurocirujano o cuántos enfermos tiene que atender cada médico; eso no es materia del poder político, obviamente. Los señores Senadores no tienen por qué saber de Medicina. Lo mismo ocurre en mi caso con relación a la Abogacía; lo único que sé es que se trata de una carrera universitaria.

Volviendo al tema, ¿de qué manera se logra lo que se pretende en el proyecto? Generando una mayoría política en una Comisión que debe ser estrictamente técnico-académica.

Por tanto, de la integración de hoy de la Comisión -donde el Poder Ejecutivo no está en mayoría- se borran de un plumazo tres de los representantes que había. Así, pues, se borra al representante del Hospital de Clínicas -que era parte de la Academia-, al representante de las instituciones prestadoras privadas -queda solo el de ASSE- y al representante de las Facultades de Medicina privadas, no al de la Udelar. Como decía mi colega, de esa manera se logran cuatro votos del Poder Ejecutivo en un total de siete que, dicho expresamente en la ley, tiene las potestades absolutas sobre la gestión administrativa y técnica. Sin duda, determinar el número de residentes de cirugía vascular que necesita nuestro país sin hacer estudios previos -no los hay de casi ninguna especialidad- se transforma en un tema político y no técnico. Y eso es lo que está muy mal.

Además, para peor -porque obviamente las actuales estructuras tampoco alcanzan para duplicar el número de médicos si se decide hacerlo-, deciden que el especialista puede formarse en cualquier lado. Deciden que ya no necesita más lo que se precisaba hasta ahora. El Grado 5, tres Grado 4, tres Grado 3, cuatro Grado 2, más el Grado 1, todos por concurso, todos con congresos realizados, papeles, concurso de oposición y méritos, con ateneos de coordinación todos los lunes, con ateneos de actualización los jueves, con ateneo de muerte los sábados; todo eso no se precisa más.

Alcanza con que una institución diga que quiere residentes para que se generen acreditaciones -nadie sabe cómo- y, por ejemplo, se dé la posibilidad de que se formen en el Hospital Evangélico dos residentes de cirugía. Entonces, me pregunto para qué di veinte mil concursos para llegar a docente Grado 5 y ser formador de recursos humanos. Se me contesta que está el doctor Fulano que hace quince años fue Grado 3. ¿Y? ¿Y dónde está la estructura? Yo, que trabajo en instituciones mutuales, puedo asegurar que en ninguna se hace una coordinación operatoria. ¿Qué es una coordinación operatoria? Es cuando todo el *staff* que forma la clínica sabe qué paciente se va a operar y discute el caso. En cambio, cuando voy a operar en el Hospital Evangélico, yo decido por mí mismo, si puedo, porque actualmente es hasta casi imposible brindar la hora asistencial; imaginen si hubiera que agregar la hora docente.

En cuanto a la actualización, de repente una vez por año en el Sanatorio Impasa se hacen tres jornadas cardiológicas en una semana, pero eso no alcanza para formar a un residente durante todo el año y sin una evaluación continua.

En definitiva, como dije, se le estaría quitando la estructura académica, una estructura que da respaldo desde el punto de vista de la docencia, de la formación, de la investigación, y hasta desde el punto de vista médico legal, porque estoy diciendo que todo el mundo mira para el costado. Hoy día cualquiera de nosotros puede llevar a un hijo o a un nieto a atenderse en una mutualista y lo atiende un residente, que es mano de obra barata y que no tiene el título correspondiente; ahora no pasa nada porque miran para el costado, pero si se me ocurre denunciar la situación, se arma flor de lío por el hecho de que a mi hijo o a mi nieto lo esté atendiendo una persona que no tiene el título de especialista, porque el residente no llegó a obtenerlo. No voy a dar ejemplos, pero podría mencionar instituciones y especialidades. Esto sucede hoy en Montevideo, y si este proyecto se consolida en ley, sería algo totalmente absurdo, porque en el artículo 4º se mencionan específicamente las actividades propias del residente, cuando el residente no tiene actividades asistenciales propias; tiene que haber un docente o un tutor presencial. Sin embargo, este artículo refiere a las actividades asistenciales propias del residente. Esta expresión es producto de una ignorancia supina; si no tiene título, ¿cómo va a tener funciones asistenciales propias? Y todavía se aclara que van a crecer en complejidad. Concretamente, en el artículo 4º se expresa: «El programa de formación de posgrado en Régimen de Residencias Médicas, es el sistema de especialización de los Médicos egresados que cumplen los programas de formación académica de especialistas a los efectos de obtener el título respetivo,» -nótese: obtener el título respetivo- «en articulación con las funciones asistenciales propias del cargo de Residente, con complejidad y responsabilidad crecientes». Reitero: el residente no tiene actividades asistenciales propias; tiene que tener un tutor presencial. Nadie se va a anestesiar con un residente que no tiene título. Sin embargo, hoy eso ocurre, pero ocurre porque se hace la vista gorda, porque no creo que el Ministerio de Salud Pública desconozca la situación. Entonces, repito: es absurdo que este proyecto quede consolidado en ley, porque es absurdo que alguien pueda ejercer una especialidad médica sin el título correspondiente. Y por más que los residentes no tienen actividades asistenciales propias, en el texto se aclara que van a crecer en complejidad y responsabilidad, pero nada se dice de que tiene que haber un docente o un tutor responsable al lado. Esa es de la única forma -existiendo una estructura docente como existen en las clínicas de Facultad- de que la función se cumpla con responsabilidad. El residente que opera, de repente, opera conmigo, o con el docente Grado 3, luego de ayudar durante mucho tiempo, y si se presenta alguna dificultad, pasa para el otro lado y el que opera soy yo, y no cualquier médico. Por algo la Facultad me exigió a mí, a él y a todos los que estamos acá una cantidad de concursos, congresos y trabajos para elegirnos como docentes. No se puede formar fuera de las estructuras académicas; no se pueden extrapolar experiencias de otros medios, donde hay ochenta millones de habitantes. En nuestro país las únicas capacitadas para realmente formar pregrado y posgrado son las estructuras académicas; hoy por hoy las instituciones mutuales no tienen esas estructuras, que no se pueden crear con voluntarismo político.

Para no aburrirlos más, voy a pasar a las conclusiones. Si como dice la exposición de motivos, se va a respetar a la Escuela de Graduados como la gestora técnica, que le den la Presidencia de la Comisión con doble voto. ¿Por qué se lo dan al representante del Ministerio de Salud Pública, que puede ser un abogado? Esta es una cosa estrictamente técnica. Yo no conozco ninguna ley que diga cuántos abogados penalistas tiene que haber, ni cuántos ingenieros agrónomos debe haber en el país y en qué se deben especializar. En el caso de los médicos se creó una ley porque los posgrados se obtenían de distintas formas; entonces, para que exclusivamente se fueran obteniendo mediante residencias, a alguien se le ocurrió sancionar una ley, aunque podría no haberla. Reitero que no conozco la existencia de leyes de esta naturaleza para odontólogos, ingenieros agrónomos,

abogados, ni escribanos. Todas las reglas de juego las pone la Facultad, la academia, que es la que conoce el *métier* técnico.

Resumiendo, hay una identificación incorrecta. Nos preocupa enormemente la calidad de la atención, y estamos convencidos de que con esta ley va a ir en picada, sobre todo para nuestras especialidades, por las razones que creo haber explicado; si no me entendieron o no me expliqué bien, estoy a la orden ante cualquier pregunta. La función es la calidad de la formación y formarse de especialista no es algo que pueda hacerse en cualquier lugar, sino que tiene que haber una estructura académica que dé respaldo desde todo punto de vista.

Las reflexiones finales -las escribí para no olvidarme, pues a veces, en el fárrago de la conversación o de la exposición, uno puede omitir alguna cosa- son las siguientes: si faltaran especialistas en ASSE -creemos haber demostrado que en Uruguay especialistas no faltan; pueden faltar en ASSE porque no da los incentivos necesarios-, ¿la solución es saturar al país de especialistas, con residentes formándose en cualquier lugar, fuera de las clínicas universitarias? ¿Esa es la solución? La solución racional, ¿no sería crear condiciones de trabajo que hagan atractivo desempeñarse en ASSE, una vez formados los especialistas? Si faltan especialistas, traigámoslos, pero no formemos residentes en cualquier lado. Parece algo de Perogrullo: si lo que faltan son especialistas, no llevemos residentes, sino especialistas formados. Esto no lo promueve la iniciativa. No hay un solo artículo que trate sobre incentivos para atraer especialistas a ASSE.

Como docente vengo -y venimos todos- a defender a la Universidad como el ámbito docente más adecuado, porque tiene una estructura académica, consolidada durante décadas, donde se formaron los mejores especialistas de Latinoamérica. De hecho, todos venían a estudiar acá: bolivianos, colombianos, chilenos, brasileños, etcétera. Es cierto que eso cambió, pero ese sería otro tema.

Sí estamos de acuerdo en que especialistas o residentes en los últimos años, con determinada experiencia, puedan hacer rotaciones por el interior, con docentes o tutores acreditados -ahí sí- que los controlen, los ayuden y puedan resolver temas que ellos no puedan solucionar. Pero ya no se trataría de formar un especialista, porque para eso no necesita a una persona, sino toda una estructura.

Por supuesto que no debe haber formación extrauniversitaria; el Hospital Evangélico no es el ámbito adecuado porque, digamos las cosas claramente: faltan camas, salas de operaciones y salas de operaciones de urgencia. Ninguna mutualista de Montevideo tiene salas dedicadas a las operaciones de urgencias. No las tiene. Si llega una urgencia hay que suspender una coordinación, y si están todas operando, no sé, habrá que sacar a alguien que esté a medio operar para que la ruptura de vaso o la herida de un arma de fuego puedan ser atendidas. Como dije, no hay hay salas de operaciones para urgencias.

Por último, con respecto a la autonomía técnica de la Universidad de la República -desde muy chico recuerdo lo que se luchó por ese tema-, pienso que si realmente se la quisiera dar a las estructuras académicas, la Escuela de Graduados debería ser la Presidenta, con doble voto, y no el poder político.

SEÑOR DIAMANT.- Si se me permite, quisiera realizar algunas acotaciones sobre temas que no fueron explicitados por el doctor Rodríguez.

En algún momento fueron planteadas las rotaciones obligatorias por seis meses en el interior, de forma tal que el residente conozca la realidad del interior. Cabe señalar que la residencia es un programa de formación de posgrados. Los residentes tienen que estar en cada minuto en el lugar donde se formen mejor, no tienen que ir a conocer el interior. Además, esto se avala porque en el internado, que es el ciclo obligatorio previo a la residencia -los médicos se reciben con el internado-, tienen que cumplir tres meses -obligatorios- en el interior, es decir que el conocimiento de esa realidad existe para todos los médicos.

Vale un comentario: soy Profesor Grado 4 de la Facultad de Medicina, y en la última rotación de internos, a mi clínica vinieron solo ocho de los dieciséis a veinte que vienen normalmente. ¿Por qué? Porque ASSE exigió cubrir sus cargos antes que los de Facultad. Es decir que ya en el ciclo del internado priorizamos la asistencia sobre la docencia. Muchas veces los internos no hacen una, sino dos rotaciones por el interior; o sea que el conocimiento de esa realidad ya existe y me parece muy importante resaltarlo, dado que el texto alude a la cuestión de que se conozca la realidad. Lo cierto es que esa realidad es obligatoriamente conocida por el conjunto de los colegas.

Hay otro punto importante a destacar, del que podemos hablar porque manejamos números. Hay casi 1.500 médicos uruguayos en el exterior; ha habido corrientes migratorias. En los años 2000, 2002 y 2004, un gran número de especialistas se fue. Si generamos un sistema de exceso de técnicos que no puedan trabajar y no ganen buenos sueldos, ¿qué van a hacer? Se van a ir, como lo hicieron más de 30 anestesistas, en dos años; muchos se fueron a España y muchísimos cirujanos a Chile. Entonces, el problema no es el sobrestock, sino las condiciones laborales.

El último punto es que estamos de acuerdo con las rotaciones de residentes, pero no con residencias a permanencia completa, es decir que alguien haga toda su formación en un lugar no universitario. Por supuesto, hay lugares de alta tecnología que, lamentablemente, se perdieron del ámbito de la Universidad y adonde tenemos que lograr que nuestra gente que se está formando vaya, pero por un período, para adquirir la técnica. El ejercicio de la medicina excede amplísimamente el dominar una técnica; comprende un montón de valores y códigos que se forman en el ámbito de la Universidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de referirme al tema, debo decir que siendo Vicepresidente de esta Comisión, he actuado como Presidente en ausencia del titular, pero como acaba de llegar el señor Senador Moreira, desde este momento pasa él a ocupar su función, como corresponde.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Moreira.)

SEÑOR AGAZZI.- Quiero plantear algunas preguntas a los efectos de profundizar en los razonamientos que han hecho.

En primer lugar, cuando vinieron la delegación completa del Ministerio, la Facultad de Medicina, la Escuela de Graduados de la Facultad y el Hospital de Clínicas, pregunté por qué se necesita una ley que modifique el Sistema Nacional de Residencias Médicas cuando, en realidad, la formación de especialistas en medicina es un rol natural de la Facultad de Medicina y, además, no vi una ley que regule la formación de posgrados en otras carreras. Se me dijo que ya hay una Ley de Residencias Médicas que está operando; entonces, la única manera de referirse a la actualización o al mejoramiento de este asunto es promulgar otra ley. En realidad, siempre me llamó la atención que haya que hacerlo por esta vía. Digo esto porque tiene que ver con algunos comentarios que se hicieron.

A su vez, como precisión previa, quiero decir que en la Ley Nº 18.438 está establecido qué es lo que deben hacer los residentes -que tienen tareas asistenciales- y cómo se estructura el accionar de la residencia.

En esta oportunidad se ha dado un argumento muy fuerte en el sentido de que no se necesitan más especialistas, que Uruguay ya tiene una dotación suficiente. Ahora bien; ¿por qué hay que limitar el número de especialistas? ¿Por qué los estudiantes no pueden tomar la especialidad que quieran? Y, si son el doble de los que hay ahora, será una decisión de los estudiantes que se especializan. Del razonamiento que se hizo aquí creí entender -después se me dirá si es así- que a su juicio no es bueno que haya más especialistas. Por mi parte, quiero saber por qué no es bueno. ¿Por qué no es bueno que haya más ingenieros agrónomos, más maestros o más docentes universitarios? En realidad, este es un asunto bien de fondo, porque uno de los argumentos que se ha dado es que ya hay suficientes. Simplemente pregunto: ¿por qué tiene que haber un máximo?

Otro argumento que me parece bien significativo -y que se planteó como punto dos en la presentación inicial- es el de la importancia que tiene el sector académico en la Ley de Residencias Médicas. En realidad, nuestros invitados son médicos, son especialistas, pero aquí vino a defender esta modificación de la ley el Decano de la Facultad en la que se formaron. Si el Decano no representa al sector académico de la Salud Pública, no sé quién lo puede representar. También vinieron de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina a defender esta modificación de la ley.

Lo que quiero decir es que diferentes sectores académicos vinieron a la Comisión a decir cosas distintas. Me gustaría que se tenga en cuenta que, más allá de que ustedes son profesionales formados por la Facultad de Medicina, aquí vino el propio Decano de la Facultad y dijo que esta modificación que se propone es buena. De modo que tal vez sea algo que deban discutir dentro de la Facultad de Medicina.

Asimismo, en el Consejo Nacional de Residencias Médicas hay un representante de la Facultad de Medicina, designado por el Consejo, además de los representantes de las prestadoras de salud y de la Escuela de Graduados.

Formulo estas consideraciones y estas preguntas a los efectos de poder profundizar en las razones que aquí se han dado a propósito de este proyecto de ley.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Me pareció que habíamos dado un indicio acerca de por qué, específicamente en nuestras especialidades, el número de técnicos es importante. Esto es así porque se necesita un número de procedimientos técnicos para formarse y para mantener la experticia. Si aquí hay 250 o 270 cirujanos -que, de acuerdo a los números internacionales, está más cerca del mayor número aconsejado, que del menor-, cada uno de ellos va a operar a una determinada cantidad de pacientes por año, que es lo que le permite, primero, formarse, y, después, mantener las cualidades técnicas para no hacer desastres después que "abre" a una persona. Si en lugar de tener 270, tenemos 540, es obvio que cada uno va a operar a la mitad, o habrá algunos que seguirán operando igual y otros que no van a hacer nada. En definitiva, el número importa desde el punto de vista técnico. Es muy distinto que alguien diga: "¿Y por qué es malo que haya veinte cardiólogos, en lugar de diez?" En la parte quirúrgica, se trata de un tema técnico, ya que de lo contrario, no se pueden formar. Si hay 10 o 100 en formación y 250 o 1000 en ejercicio, cada uno va a tener mucho menos experiencia. En nuestra área, esto nos parece más que obvio, es casi de Perogrullo. Si en mi vida operé dos apéndices, sé mucho menos que el que operó 350. Eso, en función del número que hay, porque la población no solo no crece, sino que disminuye.

Esa es, pues, la razón por la que no es bueno que haya 1.000 cirujanos, en lugar de 250.

Por otro lado, es cierto que aquí se habló del sector académico de la Comisión, pero en minoría, porque el poder político puede decidir en contra si quiere hacerlo, dado que tiene los votos necesarios.

Ahora bien; se plantea la pregunta de por qué razón el Decano o la Escuela de Graduados aceptan lo que se propone. ¡Pregúntenle a ellos! Yo no voy a responder por el señor Decano. A mí me parece que la autonomía universitaria es otra cosa, distinta de lo que se está haciendo. En lo personal, doy mis argumentos sobre por qué creo que este proyecto de ley es malo, y después de leer la versión taquigráfica de la correspondiente reunión de la Comisión, no advertí que se haya dado ningún argumento de por qué puede ser bueno.

En definitiva, planteo la cuestión de la carencia de ASSE, o de la calidad de la atención de la población, que es lo único que importa, porque para eso estamos los médicos. No estamos para hacer prevención; para eso que designen a prevencionistas. Clínica proviene del griego "*Kliní*", que significa "cama". Cama, porque la persona está enfermo. Nosotros no estamos para decir: "No fume porque se va a agarrar un cáncer en tal lado". ¡No! Nosotros estamos para sacarle el cáncer. Es clarísimo: el médico está para curar. Para eso se necesita una formación adecuada, en el lugar adecuado, con un número adecuado de docentes también adecuados para hacer procedimientos adecuados en número,

que les permita adquirir una técnica y después mantenerla. Creo que con esto respondo alguna de las preguntas.

SEÑOR DIAMANT.- Quiero decir algunas cosas importantes sobre el manejo de datos.

Es importante tener presente que sobran cargos de residentes todos los años. Asimismo, es sustancial saber que para la formación en ciertas especialidades, la residencia no es obligatoria. O sea que para acceder a posgrados, no es exclusivo el régimen de residencias.

El régimen exclusivo de residencias comenzó por la cirugía y actualmente se aplica a todas las especialidades quirúrgicas. Sin embargo, a especialidades de altísimo impacto como, por ejemplo, la pediatría, se puede acceder simplemente a través de regímenes de posgrado. ¡Pero, miren qué interesante! Para entrar al Posgrado de Pediatría hay que dar una prueba, que es la prueba de la residencia; también hay que salvar el ingreso al Posgrado, que es libre, y se puede hacer por residencia o no. Paradójicamente, algunos médicos optan por no hacer la residencia y seguir el régimen de Posgrado libre. ¿Por qué? Porque la carga horaria de la residencia y los sueldos que se pagan hacen que la gente opte, en algunas circunstancias, por formarse como especialistas fuera del ámbito de la residencia.

Personalmente conozco bien el número de residencias de estos años porque es un tema que me ha interesado muchísimo, y puedo decir que todos los años sobran cargos de residentes, en distintas especialidades, aunque no en las quirúrgicas. Entonces, definir el número es una parte del asunto.

(Intervención fuera de micrófono, que no se escucha.)

-Hoy un residente gana un tercio de lo que percibe un médico de ASSE -reitero: un médico de ASSE- por la misma carga horaria, y es gente que recién está empezando su vida. En definitiva, el problema salarial es muy importante, porque la paga es lo que jerarquiza la tarea.

El otro punto que quería destacar es que todos los años sobran cargos de residentes. Es decir que el proyecto de ley no habla de cómo mejorar la formación, sino que habla de un problema que no es tan real. Los números no dan para formar el doble de especialistas, porque no hay médicos. Se reciben 350 médicos en un año y hay 280 cargos de residente. De manera que no hay un espíritu limitacionista filosófico en esto. En determinadas áreas no es bueno que haya más residentes, porque no es bueno que haya más posgrados. Si cualquier persona -o yo mismo- tiene que elegir entre un cirujano vascular que operó una vez y otro que operó veinte, va a elegir al que operó veinte. Entonces, hay números internacionales en ese sentido. Insisto: no hay un limitacionismo filosófico, sino que se trata de que, en algunas áreas, hay que respetar números que están probados en el mundo. Filosóficamente no estamos en contra de que haya tantos residentes como haga falta.

En cuanto al tema de la Universidad, nosotros hemos discutido esto, porque somos parte del demos universitario. El señor Decano conoce nuestra posición y el Consejo dijo algo, pero nosotros estamos en la Universidad de la República y estamos avalados por la Ley Orgánica para decir lo que pensamos. Para mí cuatro sigue siendo más que tres, y a la hora de votar, cuatro del Poder Ejecutivo valen más que todos los otros juntos. Entonces, la independencia de la academia pasa a un segundo orden. Es cierto que se proclama la rectoría académica de la Escuela de Graduados, pero después de que se haya decidido todo, porque el conjunto de la Comisión de Residencias Médicas va a decidir los grandes lineamientos y después la academia dirá cómo los gestiona. La decisión previa de si son dos o diecisiete residentes es del conjunto de la Comisión, donde la mayoría es del Poder Ejecutivo. De manera que discrepo con el señor Decano -y se lo dije a él- y también con la Escuela de Graduados, aunque en este caso a veces hay que hacer la pregunta correcta para obtener la respuesta correcta. Las cosas no quedan tan claras cuando se les pregunta si están de acuerdo con esto; en la "cortita", a veces no es tan así.

El año pasado hubo una mesa muy interesante en unas jornadas de inicio de las residencias que se realizan todos los años. Allí estuvieron presentes el Ministerio de Salud Pública, a través del

señor Subsecretario; el señor Decano de la Facultad de Medicina; todos los gremios médicos; el Colegio Médico del Uruguay; un representante de los residentes, etcétera. Si a los señores Senadores les interesa, les podemos hacer llegar la grabación -porque tenemos el audio- y de allí surge que hay posiciones divergentes; no es unánime. Yo leí lo que dijo el señor Decano y él resaltó lo bueno de la jerarquización académica, pero cuatro sigue siendo más que tres, en cualquier cancha.

SEÑOR BEYHAUT.- Quiero referirme brevemente a lo que planteó el señor Senador Agazzi, en cuanto a por qué no establecer que todos puedan acceder libremente a la especialidad.

Creo que el planteo tiene su fundamento en la concepción democrática y está bien que sea así, pero ese principio tiene cierto vicio. Pongamos el ejemplo de la entrada a la Facultad de Medicina. Todos los años ingresan entre 1.200 y 1.600 estudiantes; sin embargo, se reciben entre 350 y 400 por año. Entonces, hay que preguntarse qué pasa en un sistema que deja entrar a 1.600 personas y, sin embargo, se reciben 400. Lo que ocurre es que al hospital llegan ya los 400 que se van a recibir. Es decir que el sistema es un poco hipócrita, porque la praxis médica, el ver al paciente, etcétera, no puede contener a todos los que supuestamente quieren estudiar medicina. Entonces, se hace un arreglo -que nadie lo dice, pero que en realidad es así- por el cual se les pone una tranca a los estudiantes para que no pasen los primeros años. De esta forma llegan solamente los que se necesitan, y el número bien sabemos que es adecuado.

En cuanto al tema específico de anestesia, en este momento tenemos problemas de formación de especialistas, pero de la gente que quiere formar anestesistas. Cuando salimos del problema grande que tuvimos con el Pereira Rossell, etcétera, se llamaron cargos de anestesistas. La carrera docente empieza en el Grado 2. Se llamó a concurso para diez cargos de Anestesistas, de Grado 2; se presentaron tres -aunque en realidad fueron dos porque una de ellas, medio a prepo, embarazada, preparó el concurso- y sobraron siete cargos. Luego, también en el Pereira Rossell, hubo otro llamado de diez cargos más de Grado 2 pero sin concurso; se adjudicó prácticamente el mismo valor de un cargo concursado cuando para concursar un Grado 2 hay que dar dos pruebas y estudiar varios días y varias noches, tener experiencia, etcétera; es un cargo formativo. Se designaron diez personas. Estos cargos son por tres años y el mérito se lo dan a los tres años cumplidos. Al año quedaban cuatro de los diez cargos designados. Quiere decir que en la estructura docente -si fuera lo que dice el señor Senador en cuanto a que todos puedan acceder- hay un número *n* determinado de praxis. Como se demostró, no sería posible que se llegara a una formación adecuada porque no alcanzarían el *n* de praxis y tampoco habría gente que los formara en estas condiciones. ¿Por qué la gente no hace docencia? ¿Por qué la gente se va de la facultad? No solo es un problema de sueldos, de competencia y de responsabilidades -por ejemplo, los treinta años es un momento de la vida en que coinciden otras exigencias y la gente se va a trabajar al sistema privado-, sino que las condiciones de trabajo dentro de la Universidad no son atractivas. Quizás podría aumentarse el número, pero no en estas condiciones y menos formando gente en lugares que no son apropiados; eso ya se quiso hacer.

Las Unidades Docentes Asistenciales -UDAS- se propusieron para muchos lugares, funcionan en algunos e incluso hubo una gran discrepancia en el Centro de Paysandú porque se pretendía que todos los residentes fueran a formarse allí los cuatro años, es decir que cumplieran toda la residencia en ese departamento. Se le preguntó al encargado de FEMI cuál era la razón y nos respondió que los necesitaban para cumplir con lo que deben hacer. ¡Pero ese no es el concepto de formación de un residente, es mucho más amplio! Por ejemplo, quien hace la carrera de Agronomía tiene que tener una formación amplia y después elegirá en qué se va a especializar. Del mismo modo, el residente tiene que tener una formación amplia y no la de un centro del interior que, como todos, no tiene todas las opciones. Un estudiante tiene que formarse con todas las opciones. Estamos de acuerdo con que debe estar un tiempo en el interior de la República y además es parte de su formación; ya sabemos que conoce la realidad, pero aceptemos que por un lado está lo que precisa ASSE y, por otro lado su formación que tiene que ser supervisada por gente que reciba estímulos. En este momento no hay capacidad ni incentivos suficientes; los números demuestran que quedan cargos libres de residentes, de Grado 2, que se llama a un Grado 4 y no se presenta nadie. ¿Por qué sucede esto? Hay un déficit de atractivo para la tarea de formación que también va a tener que contemplar el proyecto de ley sobre residencias médicas. En algún aspecto tiene que incluirse la exigencia de la formación y de los responsables.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nombre de los integrantes de la Comisión de Salud Pública del Senado agradezco a los representantes del Sindicato Anestésico Quirúrgico las opiniones que han vertido y seguiremos trabajando en este tema.

(Se retiran de Sala los representantes del Sindicato Anestésico Quirúrgico.)

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Quiero dejar una constancia muy importante desde el punto de vista político filosófico. En el día de hoy el señor Senador Agazzi ha abogado por el libre mercado como asignador del recurso humano de la medicina. Considero que se trata de un dato que puede llegar a ser histórico.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 18 y 30 minutos.)